1317
187

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE N° 187

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

ALEXANDRE GLÜCK

Né le 17 Juin 1902, à Tiganesti (Roumanie)

CURE RADICALE AMBULATOIRE

DES

HÉMORROÏDES PROCIDENTES

PAR

LA DIATHERMO-COAGULATION

Président : M. SICARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1928

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

G. 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

ALEXANDRE GLÜCK

Né le 17 Juin 1902, à Tiganesti (Roumanie)

CURE RADICALE AMBULATOIRE

DES

HÉMORROIDES PROCIDENTES

PAR

LA DIATHERMO-COAGULATION

Président : M. SICARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1928

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.

MM	
LÉRI.	Clinique médicale.
MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
VILLARET. . . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCÉE

A NOS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE LÉOPOLD GLÜCK
EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

A MA SŒUR

A MES AMIS : E. DONATH, Dr O. GARA ET E. GRUNFELD

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES : H. GANCZ, E. BERNSTEIN, L. KATZ ET J. KRAUSS

A MON PRÈSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur J.-A. SICARD

Médecin de l'hopital Necker

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire le très grand honneur de présider notre thèse.

A MES MAITRES

M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*)

Professeur de clinique médicale de l'H. D.

Membre de l'Académie de Médecine

M. le Docteur J. DURAND-BOILÉARD

ex-assistant de chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses précieux conseils.

M. le Docteur A. BERTAUX

Ancien interne des hopitaux de Paris

Chirurgien en chef de l'hopital général de Meaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

croix de guerre

Témoignage de sincère reconnaissance pour son enseignement et profonde gratitude pour l'accueil qu'il nous a réseévé.

M. le Docteur VILPELLE

Ancien interne des hopitaux de Paris

Médecin chef de l'hopital général de Meaux

M. le Docteur BABONNEIX

Médecin de l'hopital de la Charité

M. le Professeur agrégé ALGLAVE

A M. le Docteur J. LAFOSSE

Ancien interne des hopitaux de Paris

Directeur de l'Institut Lannelongue de Vanves

A M. PICK

Maire de Vanves

A mon oncle E. GLUCK

A MM. les :

Docteur A. FELDMANN,

Docteur A. BANYAY,

Docteur S. CROSZ,

Docteur J. SZILAS,

Docteur E. MAUTHNER,

Docteur E. SIMONYI,

BIRO.

Historique

On aurait pu avoir l'idée de détruire cette tumeur formée, les veines dilatées par suite de leur altération pariétale, par d'autres moyens qui ont un pouvoir destructeur, plus ou moins profond : cautère, neige carbonique et électrolyse. Les travaux de Bordier ont mis absolument au point l'étude de ces différents agents. En même temps il a montré la supériorité des effets diathermiques. Il a démontré que la modification de lait apportée aux tissus par le contact d'un cautère ou de la neige carbonique demeurait localisée au point d'application, car les tissus vivants présentent une très mauvaise conductibilité calorique. L'électrolyse fait laéder les tissus soumis à l'action destructive, procédé lent, douloureux qui donne toujours de l'hémorragie et expose à l'infection. Par la D. C. au contraire, la destruction est rapide, aussi étendue qu'on la désire, sans hémorragie, sans choc opératoire, sans douleur. Il ne faut pas confondre la D. C. avec l'électro-coagulation qui donne une coagulation très lentement obtenue au pôle positif si on utilise le courant continu, une action superficielle si on utilise les étincelles. Tous ces modes de production d'escarre sont lents, douloureux et à effets très superficiels.

La D. est une méthode due aux travaux de l'Arsonval ; c'est une forme particulière des courants de haute fréquence utilisée par Doyen en 1910 sous le nom de D. C. Quand l'action D. T. est portée rapidement à son maximum, les cellules traversées par le courant sont coagulées. Cette destruction est localisée dans la zone où les lignes de flux de courant convergent en un cône virtuel ayant pour base l'électrode indifférent de grande dimension et pour sommet l'électrode actif de petite dimension. Si l'électrode est une pointe, l'action coagulante est localisée à la zone de contact avec cette pointe. Si l'intensité du courant est assez grande, les plans sous-adjacents au point de contact avec l'électrode actif sera lui aussi coagulé à une profondeur d'autant plus grande que l'intensité sera plus forte et la durée d'application plus prolongée.

C'est le professeur Bordier qui a proposé, le premier en France, le traitement des hémorroïdes par la D. C. (M. Heitz-Boyer s'est occupé également de cette question, mais je ne sais pas s'il a publié quelque chose concernant les hémorroïdes). La méthode opératoire, proposée en 1922 par le professeur Bordier, dans son premier traité de Diathermie, présentait deux inconvénients : le 1er c'est que sa méthode nécessitait l'anesthésie générale, qui est aussi un des grands inconvénients de l'intervention chirurgicale. Le 2e inconvénient était la coagulation en masse. méthode nécessitant une main très expérimentée, et un appareil minutieusement réglé pour ne pas dépasser la région à laquelle on désirait limiter l'action coagulante, qui pouvait être suivie d'escarre important. Se basant sur les premières indications du professeur Bordier et modifiant le matériel technique employé antérieurement, le Dr Duvaud-Boiléard a réussi à mettre au point une technique que le professeur Bordier vient justement de décrire dans sa dernière édition et qui a permis de supprimer pour ainsi dire toute anesthésie et, d'autre part, de pouvoir limiter au gré de l'opérateur l'action coagulante de l'appareil.

En ce qui concerne la technique de cette méthode, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

Nous employons un appareil construit par la maison Walter, fonctionnant sur 110 volts avec une intensité de 15 ampères et portant 4 ampèremètres gradués res-

pectivement de 1 à 500, 500 à 1.000, de 1.000 à 1.500 et de 1.500 à 2.000 millimètres. Comme pôle, indifféremment.

Nous nous servons du Diélectrique souple de Bordier et d'une aiguille isolée stérilisable (celle du professeur Bordier à épilation, fortement isolée par une couche de caoutchouc vulcanisé qui résiste à l'ébullition et aux hautes températures. Modèle chez Simol, à Paris)..

Le malade est en position de taille périnéale. La désinfection de la région est effectuée à l'alcool iodé (5 : 1). L'anesthésie se fait autour des paquets hémorroïdaires et sous la muqueuse qui la recouvre par infiltration d'une solution de novocaïne et de syncaïne à 2 % qui fait apparaître en relief la masse externe et ressortir les paquets internes.

L'opérateur est assis. Un aide écarte les fesses afin de bien découvrir la région anale et aussi pour obtenir la saillie maxima des varices hémorroïdaires. On enfonce l'aiguille isolée dans la masse de façon que la partie isolée soit en contact avec la muqueuse qui ne doit pas être atteinte par la coagulation. On fait alors passer le courant en appuyant sur l'interrupteur à pédale, un courant de 100 à 150 milliampères est suffisant pour voir au bout de quelques instants la masse se rétracter sur l'aiguille. Il n'y a pas de plaie. La même technique est répétée sur les différents paquets que l'on considère opérer dans la séance. La muqueuse se résorbe secondairement ou se sphacèle alors que la cicatrisation sous-muqueuse est déjà effectuée. L'exiguïté du pôle actif permet d'en limiter facilement l'action : et si on tient

compte d'autre part, de l'intensité du courant, qui doit varier suivant les cas entre 150 et 500 milliampères, on peut éviter à coup sûr toute action trop étendue en profondeur. Le 3e, 4e jour on peut recommencer la même intervention si on la juge utile, ou terminer la cure en abrasant complètement la tumeur sans respecter cette fois la muqueuse qu sclérosée et semblable à une condylone, la masse est incolore et peut-être supprimée d'une seule coagulation.

Il faut aussi 3 ou 4 séances pour des hémorroïdes procidentes. On revoit le malade le surlendemain de son opération les points touchés ont changé d'aspect ; ils sont devenus noirâtres, et leur élimination se poursuit les jours suivants sans risque d'infection, étant donné que la cicatrisation se fait de la profondeur vers la superficie et la muqueuse rectale est intacte.

Vers le 5e jour l'escarre se détache, laissant une petite perte de substance. La cicatrice est rose et devient complète vers le 10e jour.

La 2e et 3e séance se fait dans les mêmes conditions que la 1re. La 4e séance est une séance de régularisation. Il s'agit d'enlever les quelques crêtes saillantes qui peuvent subsister entre deux points de coagulation. La durée totale du traitement est de trois semaines environ.

La 1re séance est suivie d'une douleur qui ne dépasse pas en intensité celle d'une phlébite des veines ano-rectales. En même temps, un œdème apparaît localisé en bourrelet, qui a au moins l'avantage de faire apparaître les autres veines malades qui sont restées cachées dans le rectum. Le malade peut reprendre son travail immé-

diatement après l'intervention et c'est exceptionnel qu'il soit obligé d'interrompre ses occupations. La douleur ne réapparaît pas après la 2e séance probablement par suite de destruction des filets sensitifs. On ne doit pas redouter d'autres accidents.

Prolapsus de la muqueuse

Nous avons exposé précédemment le mode de production des prolapsus de cette région, en soulignant que 8 fois sur 10 les hémorroïdes nous arrivent avec une complication plus ou moins marquée de prolapsus de la muqueuse rectale.

Au point de vue opératoire, on se trouve en présence d'une muqueuse habituellement extériorisée ou qui peut s'extérioriser sous l'influence d'effets ou d'une poussée hémorroïdaire même légère. Cette masse qui peut atteindre le volume d'une grosse noix, quelquefois même d'un poing, se présente avec un aspect rougeâtre, violacé, saignant au moindre contact. On ne pouvait songer en pareil cas à pratiquer la coagulation diffuse d'une tumeur constituée anatomiquement de la muqueuse rectale, et dans laquelle on aurait pu rencontrer d'autres parties plus importantes de la tunique constitutive du rectum.

C'est pour cela que nous avons commencé à pratiquer simplement quelques coagulations légères et peu profondes de la tumeur. Les hémorragies gênantes qui se produisent au cours de chaque électro-coagulation de la muqueuse, nous ont amené à procéder méthodiquement, en agissant avec une aiguille sur les parties profondes

et de préférence sur celles qui sont constituées par des varicosités de la muqueuse ; en agissant ainsi méthodiquement et doucement de la profondeur vers l'extérieur, on obtient à chaque séance une rétraction progressive de la muqueuse qui cesse de saigner dès les premières séances.

On arrive ainsi après 4, 5, 6 séances plus ou moins espacées, à obtenir à peu près sans douleur la disparition complète des prolapsus de la muqueuse rectale. Il ne reste plus que des vestiges d'hémorroïdes externes réduites à l'état de maéisques flasques, qu'il est facile de supprimer par le procédé ordinaire. (Il y a lieu de remarquer qu'en se servant du Diélectrique souple du Dr Bordier l'intervention de la muqueuse peut se faire sans aucune anesthésie et sans douleur).

Mais nous insistons particulièrement si l'on veut obtenir un bon résultat sur la nécessité de pratiquer la coagulation en agissant sur les parties les plus profondes au lieu de s'attaquer au prime abord, comme on serait tenté de le faire, aux parties les plus exubérantes et les plus extériorisées de la tumeur.

Cure radicale des Hémorroïdes procidentes par la diathermo-coagulation

Nous pouvons distinguer deux méthodes radicales dans le traitement des hémorroïdes, procidentes ou non.

1°) La cure radicale chirurgicale, cure immobilisante, et

2°) La cure ambulatoire qui comprend :

1. Le traitement par sclérose provoquée et

2. La Diathermo-coagulation.

Nous proposons donc le travail présent : de décrire la cure radicale paé la D. C., cure ambulatoire qui au point de vue social présente un réel progrès.

Considérations Générales

La procidente des hémorroïdes internes, c'est la sortie par l'anus des veines ano-rectales. On admet aujourd'hui qu'il faut une altération de la paroi veineuse pour que la dilatation se produise. Le rôle de la congestion et de l'effort est secondaire. Les veines, à parois profondément al-

térées ont des connexions très intenses avec la muqueuse rectale, tandis qu'elles se séparent très facilement de la musculeuse. Ainsi est préparée leur pédiculation qui ne tarde pas à se produire en s'éloignant de plus en plus de leur couche basale de la musculeuse.

Une cause occasionnelle arrive et les varices premièrement pédiculisées, entourées de muqueuse, passent à travers l'orifice anal ; ainsi ces veines sont toujours en état de *pré-procidence*.

Le rôle principal de la procidence tient à l'effort. Les hémorroïdes gorgées de sang forment dans la cavité du rectum un véritable corps étranger que la pression abdominale tend à expulser au dehors ; d'ailleurs toute production anormale dépendant de la muqueuse et faisant saillie dans la cavité intestinale a les mêmes tendances au prolapsus (adénome pédiculisé). Par dilatation le paquet se précipite au dehors. La répétition incessante de ces mêmes actes, rapproche les hémorroïdes internes de l'extérieur et développe la lacité du tissu cellulaire qui les sépare de la musculeuse. Il résulte que la procidence est nécessairement favorisée par toutes causes d'effort et de poussées abdominales et encore par toutes causes amenant la turgescence, la fluxion du bourrelet variqueux (cette fluxion n'étant pas autée chose que le réflexe vasculaire d'une thrombose partielle de nature infectieuse) (Hartmann-Guérin). Ce sont les phases évolutives des hémorroïdes internes.

La procidence ainsi formée est d'habitude intermittente.

Arpès être sorties par l'anus, elles peuvent de nouveau rentrer dans le rectum spontanément, ou par des manœuvres du malade, ou du médecin, elles sont alors réductibles.

Cette réduction artificielle se fait par le « Taxis ».

La cause de cette irréductibilité réside dans l'acte réflexe, lequel est éveillé par les douleurs provoquées par ces poussées de phlébite hémorroïdaire (peut-être aussi par une fissure anale surajoutée) et qui amène la contracture des muscles sphinctériens ; cette constriction augmente encore leur turgescence qui arrive ainsi à ses dernières limites : le bourrelet procident devient irréductible.

Dernièrement le professeur Hartmann s'est élevé contre cette conception et il a cru devoir attribuer leur irréductibilité à la seule phlébite hémorroïdaiée qui provoque un œdème important suffisant pour expliquer l'augmentation de volume des hémorroïdes et leur irréductibilité.

Les lésions inflammatoires sont alors susceptibles de s'aggraver. La muqueuse rectale ne tarde pas à subir des altérations. Une infection superficielle de la muqueuse peut amener des ulcérations au niveau de celle-ci : ulcération intrasphinctérienne (fissure douloureuse) ou sus-sphinctérienne (fissure indolore). Une inflammation plus profonde peut provoquer la mortification.

Chez les vieux hémorroïdaires, la « rectile chronique » donne naissance à un écoulement muco-purulent (hémorroïdes blanches de Richet). Une néoplasie peut se lo-

caliser sur ces vieilles inflammations, dont elles présentent un point d'appel important.

Exceptionnellement, l'infection locale peut se généraliser, amener alors des complications d'infections purulentes (abcès du foie, thrombo-phlébite mésentérique).

Les hémorroïdes procidentes réductibles apparaissent au niveau de l'anus, en son centre, soit sous forme d'un bourrelet continu, soit sous forme de masses isolées grosses comme une noix, une noisette de couleur rouge foncée, uniforme. Elles présentent une tumeur libre dans l'orifice anal qu'elles obstruent en partie. Le toucher rectal permet d'assurer que leur point d'attache est au-dessus du sphincter.

La phlébite hémorroïdaire se traduit au point de vue fonctionnel par des douleurs vives au niveau de l'anus, douleurs qui sont exagérées par la marche, le fait de s'asseoir, surtout par les efforts, par la toux, l'éternuement et plus encore par la défécation. Aussi voit-on ces malades se retenir d'aller à la selle par crainte de souffrir.

Les hémorroïdes procidentes atteintes de poussée *phlébitique* présentent une tumeur au niveau de l'anus, constituée par un bourrelet complet ou d'une partie seulement, turgescente, volumineuse, violacée, dure, très douloureuse, et le plus souvent absolument irréductible. La muqueuse rectale, après qu'on déplisse l'anus, se montre rouge, tuméfiée œdématiée.

L'évolution se fait par des crises successives ; le malade arrive ainsi souvent à un état d'anémie ou de neu-

rasthénie grave dû aux souffrances continuelles et aux petites hémorragies qui se répètent à chaque selle.

8 fois sur 10, les malades présentent après un certain nombre de poussées hémorroïdaires procédant par crises successives et fréquentes un ceétain degré de prolapsus de la muqueuse rectale.

Dans la poussée hémorroïdaire les varices gonflées décolent la muqueuse rectale sur une certaine étendue, chose qui est facilitée par le tissu lâche sous-muqueux.

Supposons une procidence : après la poussée *phlébitique*, le paquet variqueux rentre, mais la muqueuse finit à la longue de rester procidente sur une plus ou moins grande partie, et définitivement ne pouvant plus se rétracter avec le reste du rectum et reprendre sa place normale même en dehors des crises. Des fissures et des ulcérations douloureuses se greffent sur cette muqueuse procidente, c'est alors que devant l'insuffisance des procédés palliatifs un traitement radical devient indispensable et s'impose au malade quelles que soient les appréhensions.

Or il n'existait jusqu'à présent qu'une opération chirurgicale ; on en connaît les inconvénients et la gravité ; quant à la méthode des injections sclérosantes, elle ne paraît pas facilement applicable au moyens et grands prolapsus de la muqueuse. Nous voulons ici attirer l'attention sur l'importance de ces prolapsus de la muqueuse rectale parce que la grosse majorité des vieux hémorroïdaires se présentent avec une complication plus ou moins marquée de prolapsus de la muqueuse.

Ces lignes suffisent pour schématiser l'état du malade quand il se décide à subir la cure.

Traitement Médical

Nous allons rappeler rapidement les différentes méthodes de traitement des hémorroïdes, proposées jusqu'à présent. Nous ne dirons que quelques mots du traitement médical, qui est purement palliatif. Ainsi on ordonne un régime peu constipant, une vie assez active, une hygiène rigoureuse, pour prévenir les accidents infectieux des varices ano-rectales. Les poussées de phlébite hémorroïdaiées sont calmées par repos, diète et par les calmants apportés ou en lavements ou en pommades, suppositoires. On a essayé de diminuer la congestion à l'aide d'applications locales de courants diathermic (Bensaude) sous forme d'application bipolaire, d'abord avec 4-500 milliampères pendant 3-5 minutes, puis on porte l'intensité à 800-1.000 milliampères prolongée pendant 15 minutes (Après 8-10 séances M. Bensaude commence la cure par des injections sclérosantes).

Ces moyens atténuent les inconvénients de la procidence et du prolapsus, mais n'en suppriment pas la cause.

La disparition des hémorroïdes par l'oblitération vasculaire est devenue possible sans risque depuis que des progrès récents ont substitué les injections sclérosantes aux injections coagulantes. Si la méthode de Sicard (pour les membres inférieués), celle de Bensaude, pour

les varices ano-rectales, ont permis le traitement sans accident, c'est qu'elles oblitèrent les veines en accolant leurs parois sans provoquer la formation d'un caillot. D'ailleurs l'injection ne se fait pas dans une veine, mais sous le tissu cellulaire des espaces interstitiels.

L'urée qui entre dans la composition du produit injecté exerce un rôle d'assouplissement et de limitation du processus de fibrose, donc il n'y a pas de rétrécissement ultérieur à craindre ; en outre ces injections de chlora-double de quinine et d'urée seraient indolores (Bersaude).

Ces injections semblent sans danger, malgré les craintes de gangrène de suppuration, d'embolie qu'à pu faire naître leur emploi. Mais les contre-indications sont assez nombreuses ; sphinctéralgie (elle rend impossible l'introduction du rectoscope et ainsi il faut traiter d'abord le symptôme douleur par la haute fréquence) les grosses procidences difficilement réductibles qui laissent redouter quelque altération profonde de la muqueuse ; les grosses procidences avec prolapsus de la muqueuse ou non, ainsi que les crises de phlébite fluxionnaire (ici on calme d'abord la poussée de phlébite et c'est ensuite seulement qu'on a recours à l'injection sclérosante impraticable et ainsi elles présentent autant de contre-indications pour ce traitement. Tous ces cas peuvent subir sans inconvénients la crue par la D. C.

En tous cas cette méthode a des avantages incontestables sur l'intervention chirurgicale et son emploi devient de jour en jour plus familier.

Traitement chirurgical

Je mentionne seulement à titre d'historique la cautérisation et la ligature des paquets hémorroïdaires au niveau de leur pédicule, avec élimination secondaire des parois vasculaires par sphacèle.

L'excision au bistouri des hémorroïdes suivie de la suture de la place opératoire, constitue aujourd'hui le traitement purement chirurgical de ces varices.

1°) Dans le procédé de Whitehead, on excise toute la muqueuse ano-rectale sur une certaine hauteur et on enlève avec elle les veines dilatées ; on termine l'opération en suturant bout à bout les deux extrémités de la muqueuse. Mais si cette résection a été assez étendue il est fréquent de voir les fils de rapprochement tirer.

2°) Le procédé de Quénu veut éviter cet inconvénient après une incision circulaire, comme dans le procédé de White, on sectionne la muqueuse rectale à sa partie inférieure ; on la dissèque pour enlever les ampoules veineuses qui se trouvent au dessous.

3°) Le procédé de Delbet consiste à exciser séparément chaque paquet hémorroïdaire et à suturer au catgut isolément chacune de ces plaies produites.

Le traitement chirurgical des hémorroïdes procidentes ou non, malgré sa simplicité apparente, présente souvent de très graves inconvénients. « Il est plus com-

plexe d'opérer des hémorroïdes que d'enlever un kyste à l'ovaire par exemple » (Quénu).

Le traitement chirurgical donne le plus souvent de bons résultats. Mais cette intervention présente deux graves inconvénients : c'est l'anesthésie générale et les suites opératoires longues et douloureuses avec immobilisation à l'hôpital ou à la maison de santé.

En outre ce traitement chirurgical comporte souvent de très grosses difficultés, surtout en présence du collapsus de la muqueuse rectale.

L'intervention peut être suivie d'accidents infectieux, de rétrécissements consécutifs. Des récidives peuvent survenir.

Les porteurs d'hémorroïdes, procidentes ou non ou de prolapsus de la muqueuse, atteintes d'affections cardiaques ou hépatiques, les hémorroïdaires âgés, goutteux ou artérioscléeux ne doivent jamais être confiés au chirurgien.

Qu'on leur conseille plutôt de recourir aux injections sclérosantes s'ils ne présentent pas de prolapsus muqueux et s'ils n'ont pas l'occasion de bénéficier de la cure radicale par la D. C.

Observations

OBSERVATION I

M. R...

Malade présentant des hémorroïdes depuis 1916.

La procidence permanente de ces hémorroïdes oblige le patient à se soumettre à un traitement par haute fréquence qui donne des résultats satisfaisants jusqu'à septembre 1926 environ.

A cette époque, le médecin traitant conseille l'intervention sanglante, rendue plus nécessaire encore par la présence d'une fistule.

M. D. I. S... nous est présenté par un ami commun.

A l'examen, on trouve :

Un volumineux paquet hémorroïdaire formant un véritable bourrelet périanal ; de plus, on constate l'existence d'une fissure siégeant à la partie postérieure de l'orifice anal. La muqueuse rectale se trouve légèrement extériorisé par suite de la fluxion hémorroïdaire.

Nous conseillons au malade la cure radicale par l'électro-coagulation.

Une première séance est pratiquée le 19 octobre 1926 suivant notre technique habituelle.

Deuxième séance le 5 novembre 1926.

Troisième séance le 16 novembre 1926.

Quatrième et dernière séance le 29 novembre 1926.

Le malade est revenu 15 jours après son intervention. La cicatrisation est complète. Le malade avait cessé de souffrir dès la 2e séance.

Revu fin décembre... le résultat se maintient absolument parfait.

Notre opéré nous avait adressé, le 26 décembre, une lettre nous témoignant sa satisfaction.

OBSERVATION II

M. G...

Malade envoyé par le Docteur Letot de Levallois-Perret.

A l'examen on constate la présence de deux paquets hémorroïdes de volume moyen.

La première séance est pratiqué le jour même (14 octobre 1925).

Il n'y a aucune suite opératoire et le malade revient 6 jours après pour subir la deuxième séance d'électro-coagulation.

Nous ne jugeons pas nécessaire de pratiquer d'autres séances.

Dans la semaine qui suit, le malade accuse une vive douleur dans la région péri-anale, douleur que n'explique pas l'état très satissant du bourrelet coagulé. Le toucher rectal permet de constater une légère tuméfaction au niveau de la partie postérieure de l'orifice anal.

Application de compresses chaudes.

Deux jours après un petit abcès était collecté à l'endroit de la tuméfaction. L'incision laisse écouler le volume d'un dé à coudre de pus jaune et bien lié.

L'examen microscopique fait découvrir du coli-bacille et quelques staphylocoques.

Le malade guérit en quelques jours.

OBSERVATION III

M. G..., député.

M. G... se plaignait depuis longtemps de crises hémorroïdaires qui récidivaient fréquemment, lui rendant impossibles les déplacements nécessités par sa campagne électorale (1926).

Nous lui conseillons d'utiliser notre méthode que nous appliquions depuis six mois environ.

M. G... accepta, sur l'assurance formelle que nous étions à même de lui donner, qu'il pourrait poursuivre sa campagne sans aucune interruption avec de plus la certitude d'être guéri.

Nous pratiquons une première séance le 25 février 1926, à la suite de laquelle notre malade accusa des douleurs assez vives, mais à peine plus fortes cependant, quecelles qu'il éprouvait au cours d'une crise. Le malade n'interrompt point ses occupations.

Une deuxième séance faite le 3 mars 1926 fut encore suivie de quelques douleurs cédant d'ailleurs, en 2 jours d'application d'une pommade calmante.

Une troisième séance pratiquée le 12 mars permet d'enlever quelques marisques restantes et qui occasionnaient encore une légère gêne.

La guérison était complète 10 jours après.

Nous revoyons couramment ce malade qui a si bien cessé de souffrir qu'il a fallu que nous retrouvions son observation pour nous rappeler que nous l'avions opéré.

OBSERVATION IV

M. R..., mécanicien à Brinon-sur-Sauldre (Cher).

M. R... souffre d'hémorroïdes depuis de nombreuses années ; il vient nous consulter en octobre 1924.

On se trouve en présence d'un sujet considérablement amaigri, au teint jaunâtre, présentant de plus une asthénie complète.

L'examen physique ne révèle aucune tare organique autre que celle dont se plaint le malade.

Le volume des hémorroïdes est énorme, les varices forment autour de l'orifice anal un bourrelet plus gros que le pouce. Les hémorragies sont fréquentes et la suppuration constante.

Le malade avoue avoir restreint son alimentation dans l'espoir d'aller moins souvent à la selle.

M. R... refuse l'intervention sanglante parce que l'anesthésie

l'effraie ; aussi accepte-t-il avec enthousiasme la cure par l'électro-coagulation.

Une première séance est pratiquée le 18 octobre 1924.

Le malade est opéré à 9 heures du matin, reprend le train l'après-midi pour la Sologne.

Nous le revoyons 15 jours plus tard. Son état est très amélioré, il ne souffre plus et n'a pas interrompu son travail.

Deuxième séance le 2 novembre ; le malade repart, comme la fois précédente nous restons sans nouvelles de notre opéré jusqu'en septembre 1924. Nous le revoyons à cette époque à l'occasion d'une partie de chasse. Il nous dit que, complètement guéri après la deuxième séance, il a jugé inutile de revenir.

OBSERVATION V

En novembre 1924, un malade de 60 ans environ nous est amené par le Docteur C..., pour cure radicale d'hémorroïdes, par l'électro-coagulation.

Ce malade est obligé, par sa profession, à de fréquentes inspections dans les différentes subdivisions militaires de la France, et est, du fait de son infirmité, dans l'impossibilité de continuer son travail, et obligé de demander un congé.

A l'examen, nous constatons indépendamment de grosses hémorroïdes périanales, un important bourrelet de la muqueuse rectale, dont l'extériorisation est presque constante malgré la précaution que prend le malade de les rentrer après chaque selle ou chaque effort. Nous pratiquons tout de suite, après infiltration de novocaïne, la coagulation des paquets hémorroïdaires, sans grand espoir de réduire le prolapsus, et après en avoir, du reste, averti le malade.

Après la disparition des paquets hémorroïdaires qui se fit en trois séances, nous constatons une grosse diminution du bourrelet muqueux, qui était auparavant exubérant.

En présence du résultat, nous conseillons au malade de continuer le traitement, et nous pouvons obtenir, au moyen de cinq séances d'électro-coagulation légère, une rétraction presque parfaite du bourrelet muqueux. Depuis presque un an, la situation s'est maintenue.

OBSERVATION VI

Un malade nous est envoyé en juillet par le docteur J...

Il est en pleine crise hémorroïdaire et peut à peine marcher. Nous nous trouvons en présence d'une tumeur périanale de la grosseur du poing, composée de muqueuse rectale et d'hémorroïdes.

Etranglée par le sphincter, cette tumeur, noirâtre par places, paraît en voie de sphacèle partiel.

Aucune intervention chirurgicale ne paraît exécutable dans la circonstance et nous hésitons à tenter momentanément une intervention active. Devant l'insistance du malade, nous nous décidons cependant à pratiquer sans aucune anesthésie, quelques électro-coagulations légères de la tumeur avec une fine aiguille partiellement isolée ; l'intervention n'étant pas douloureuse, nous pratiquons 10 à 12 électro-coagulations légères, mais profondes, dans toute la masse de la tumeur, avec l'aiguille isolée.

Nous constatons la diminution d'un tiers de volume de la tumeur qui était moins tendue, moins luisante, et dont l'étranglement était nettement atténué.

Nous continuons 6 séances consécutives à 3 jours d'intervalles, la diminution de la tumeur s'accentua graduellement, les parties sphacélées s'éliminèrent sans incident et au bout de 25 à 30 jours le malade put reprendre ses occupations normales.

OBSERVATION VII

M. G..., publiciste et journaliste à Bruxelles.

M. G... est venu nous consulter se disant atteint d'hémorroïdes depuis 15 à 20 ans et avoir consulté en Belgique et en Suisse plusieurs éminents chirurgiens qui considéraient l'intervention chirurgicale elle-même inexécutable et avait conseillé au malade de se résoudre à vivre avec son mal.

Mais sa situation devenait de plus en plus pénible et mettait le malade dans l'impossibilité presque complète de s'asseoir.

Nous lui conseillons l'électro-coagulation, sans toutefois lui promettre un résultat parfait, étant donné le volume de la masse extériorisée qui ne pouvait à aucun moment être réduite et qui semblait s'extérioriser de plus en plus à chaque effort.

Il nous déclara qu'il était absolument décidé à subir coûte que coûte l'intervention, la vie pour lui n'était plus tolérable dans la situation où il se trouvait.

Nous entreprîmes sans enthousiasme l'intervention : c'est assurément un des cas les plus difficiles et des plus ingrats, mais aussi des plus affirmatifs en faveur de la méthode de tous ceux que nous eûmes à traiter jusqu'à maintenant.

Le malade supporta du 15 mai au 15 août une série de séances espacées de 8, 10 et 15 jours, dont quelques-unes furent suivies d'une réaction assez manifestement douloureuse sur tout pour un malade épuisé, anémique et neurasthénique à un degré des plus avancés ; mais le 10 août, le malade m'envoya la lettre suivante dont j'extrais ces quelques lignes « pour ce qui concerne comme vous le constaterez vous-mêmes sans doute jeudi, il ne me reste qu'un souvenir de ce qui a été mon mal. J'ose à peine croire que je suis guéri. que je suis débarrassé de ce que je croyais être une infirmité éternelle. Hier pour la première fois pour rattraper quelqu'un à l'étonnement de ma femme, j'ai couru comme un lièvre ».

OBSERVATION VIII

M... à Bueil (Eure).

Ce malade souffre depuis 10 à 12 ans d'hémorroïdes externes qui s'accompagnent d'un prolapsus rectal du volume d'une mandarine.

Cette tumeur peut par intervalle être réduite par la pression, mais elle ressort au moindre effort, saigne abondamment et occasionne des souffrances très vives au malade qui est neurasthénique, maigre, presque cachectique.

5 à 6 séances de Diathermo-coagulation exécutées entre le 1er mai et le 10 août ont amené une rétraction du prolapsus et le malade depuis les premiers jours d'août a pu reprendre une vie normale, même sportive.

OBSERVATION IX

M. W..., rue de Siam, à Paris

M. W... atteint d'hémorroïdes et d'un prolapsus dépassant le volume d'une grosse noix, âgé de 74 ans nous écrit ce qui suit : « chaque garde-robe m'occasionnaient dles crises aiguës malgré que je ne me nourrissais depuis plusieurs années que de potages, légumes et fruits cuits. Tous les médecins que je visitais n'arrivaient pas à me soulager et même le traitement par la haute fréquence ne m'apporta aucune amélioration ; seule une intervention chirurgicale m'avait été indiquée comme pouvant me soulager, mais à cause de mon grand âge, on n'avait pas voulu me la conseiller.

« Heureusement, j'ai eu connaissance de votre traitement, grâce auquel après 3 séances seulement que j'ai subies sans rien modifier ma vie actuelle, je me trouve actuellcent complètement guéri, à tel point que depuis la première séance je n'ai plus ressenti les crises aiguës que j'étais habitué à supporter après chaque selle.

« Je n'ai plus besoin de suivre de régime. Je puis manger et boire ce qui me plaît, ce que je n'avais jamais fait depuis 15 à 20 ans.

« C'est avec le plus grand plaisir que je vous adresse cette lettre dont je vous autorise à faire l'usage qui vous plaira ».

OBSERVATION X

Un autre malade nous est envoyé en juillet par le Docteur J... Il est en pleine crise hémorroïdaire et peut à peine marcher ; nous nous trouvons en présence d'une tumeur périanale de la grosseur du poing, composée de muqueuse rectale et d'hémorroïdes.

Etranglée par le sphincter, cette tumeur noirâtre, par places, paraît en voie de sphacèle partiel.

Aucune intervention chirurgicale ne paraît exécutable dans la circonstance et nous hésitons à tenter momentanément une intervention active.

Devant l'insistance du malade, nous nous décidons cependant à pratiquer sans aucune anesthésie quelques électro-coagulations légères de la tumeur avec une fine aiguille partiellement isolée ; l'intervention n'étant pas douloureuse, nous pratiquons dix à douze électro-coagulations légères, mais profondes dans toute la masse de la tumeur, avec l'aiguille isolée.

Nous revoyons le malade trois jours après, il se déclare sensiblement amélioré.

Nous constatons en effet la diminution d'un tiers au moins de volume de la tumeur qui était moins tendue, moins luisante et dont l'étranglement était nettement atténué.

Nous continuons six séances consécutives, à trois jours d'intervalle. la diminution de la tumeur s'accentua graduellement, les parties sphacélées s'éliminèrent sans incident et au bout de 25 à 30 jours le malade put reprendre ses occupations normales. Il ne lui reste que quelques marisques que nous devons lui enlever prochainement.

Conclusion

Les hémorroïdes procidentes compliquées de prolapsus de la muqueuse rectale, ou non, ont été traitées jusqu'à présent surtout par des moyens médicaux (pommades, suppositoires et médication vaso-constrictive), thérapeutique purement palliative. Quand la cure radicale s'imposait ou avait recours à l'intervention chirurgicale ou aux injections de substances sclérosantes.

Le traitement chirurgical présente de gros inconvénients : l'anesthésie générale, les suites opératoires longues et douloureuses, l'immobilisation du malade à l'hôpital. L'intervention peut être suivie d'accidents infectieux, de rétrécissement ou d'insuffisance du sphincter. Les malades atteints d'affections cardiaques ou hépatiques, etc.... ne peuvent être confiés au chirurgien. Qu'on leur conseille plutôt de recourir aux injections sclérosantes s'ils ne présentent pas de prolapsus muqueux, de crise aiguë, etc..., et s'ils n'ont pas la possibilité de bénéficier de la D. C.

La cure par les *injections sclérosantes* demande une technique et des indications précises. Les complications sont très rares, mais quand elles surviennent, elles peu-

vent être graves (sphacèle étendu, gangrène, suppuration). Pendant la crise aiguë, le malade est immobilisé et traité par des courants de H. Fr. pour diminuer la congestion du bourrelet. Le nombre des séances est plus considérable qu'avec notre méthode qui ne présente aucune des complications que nous venons de signaler dans les méthodes précédentes.

Voici en quelques mots notre conclusion concernant *la technique opératoire* :

Se servir du diélectrique souple de Bordier, d'une aiguille stérilisable.

Malade : Position de la taille périnéale.

Désinfection de la région par l'alcool iodé (5 p. 1).

Anesthésie locale par une sol. à 2 % de syncaïne ou de novocaïne, l'infiltration fait apparaître en relief les masses externes et ressortir les paquets internes.

Enfoncer l'aiguille isolée dans la masse de façon que la partie isolée soit en contact avec la muqueuse qui ne doit pas être atteinte par la coagulation. Un courant de 100-150 milliampères est suffisant pour voir au bout de quelques instants la masse se rétracter sur l'aiguille. Il n'y a pas de plaie, quelquefois un peu d'œdème avec une poussée fluxionnaire — d'origine mécanique — plus ou moins douloureuse après 24 heures.

La région est ensuite protégée par une compresse stérile, ou enduite d'une pommade antiseptique.

On fait 3-4 séances en espaçant chacune de 5-7 jours.

C'est une méthode ambulatoire : elle ne nécessite ni anesthésie générale, ni régime spécial ; le malade n'est pas obligé de garder le lit après l'opération, il peut continuer sa vie normale. Notre méthode ne comporte guère de complications. Elle ne présente pas de contre-indications : ni dans le prolapsus de la muqueuse rectale, ni dans l'infection du bourrelet, ni dans la poussée de phlébite H.

Nous considérons les mêmes contre-indications pour le diabète que les autres méthodes.

Etant donné l'innocuité absolue de la méthode, ses avantages d'ordre opératoire, ses résultats éloignés excellents, on peut dire à l'heure actuelle, que toute hémorroïde procidente, doit être opérée par la diathermocoagulation.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
A. SICARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

Bibliographie

BORDIER. — Diathermie, 1927.

CASTEX. — *Courrier Médical*, juin 1927.

DELAPAIR. — *Gazette Médicale de Paris*, 15 juin 1927.

DURAND-BOILARD. — *Courrier Médical*, 11 janvier 1925.

— *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie*, n° 12, 1925.

LORRAIN. — Concours Médical 13 février 1927.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES.